# Allegato A

# Al Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Provinciale

**di Reggio Calabria**

Il/la sottoscritto/a ,

recapito telefonico , e-mail

chiede

di poter partecipare all’Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il reclutamento a tempo determinato, di ..............................................................................................................................

da destinare alla Rete Aziendale di Cure Palliative Domiciliari *(RACPD)* dell’Asp di Reggio Calabria”.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 e *ss.mm.ii.*, , ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

# DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

1. di essere nato/a a il
Codice Fiscale
2. di essere cittadin\_ italian\_ ovvero di uno dei Paesi dell'Unione Europea ;
3. di essere residente a
in Via ;
4. di essere iscritt\_ nelle liste elettorali del Comune di
ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per il seguente motivo ;
5. di

[ ]  non aver riportato condanne penali;

[ ]  aver riportato le seguenti condanne penali:

[ ]  non aver procedimenti penali in corso

[ ]  avere procedimenti penali in corso:

1. per quanto riguarda gli obblighi militari (per i soli candidati nati prima del 1985) di avere la seguente posizione: ;
2. di essere in possesso:

[ ]  della Laurea in: ;

[ ]  dell’Abilitazione all’esercizio della professionale: ;

[ ]  della Specializzazione in: ;

1. di essere iscritto all’Ordine della Provincia di
n° dal
2. Di partecipare ai sensi dell’art. 1 comma 547 legge 145 del 30.12.2018 (legge Bilancio 2019)

[ ]  di aver conseguito la specializzazione in
in data

[ ]  di essere al anno di specializzazione in
c/o Università

1. di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche Amministrazioni indicato:

Ente: Indirizzo

profilo professionale

date: dal al

[ ]  a tempo determinato

[ ]  a tempo indeterminato

[ ]  altro (specificare se libero professionale, collaborazione, borsa di studio, etc.)

1. di essere idonea /o al servizio
2. di essere portatore di handicap e, pertanto, di poter usufruire, ai sensi dell’art. 20 della legge 109/2004, durante le prove:

[ ]  dell’ausilio di ;

[ ]  dei tempi aggiuntivi di ;

1. di aver diritto a eventuali preferenze o precedenze a parità di punteggio, ex art. 5 del DPR n. 487/1994:

# dichiara, inoltre

di essere a conoscenza che l’Azienda procederà alla verifica delle autocertificazioni prodotte e alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria per le dichiarazioni mendaci.

il/la sottoscritt\_ autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 e ss.mm.ii., l’ASP di Reggio Calabria al trattamento dei dati ivi riportati per le finalità dell'avviso per cui è fatta l'istanza.

il/la sottoscritt\_ chiede che le comunicazioni relative al presente avviso siano effettuate al seguente indirizzo:

Via

(in assenza di specifica indicazione le comunicazioni saranno effettuate al luogo di residenza);

recapito telefonico/cellulare , email .

Pec

Data

# FIRMA

**Alla presente domanda devono essere allegati:**

* copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, come da fac-simile Allegato
* curriculum datato e firmato, reso ai sensi del DPR 445/2000;
* elenco datato e firmato dei documenti e titoli presentati, numerati progressivamente in relazione al corrispondente documento o titolo prodotto
* ogni ulteriore documentazione utile ai fini della valutazione.

# Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI UFFICI**

Io sottoscritto/a

nato a il

residente a

Via n°

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

# DICHIARO

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Legislativo 196/2003 e ss.mm.ii che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

 Reggio Calabria,

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA Di CERTIFICAZIONE (ART. 47 dpr 28.12.2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a il ,

residente a (Prov. )

in Via n. ,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'alt 76 dei D,P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

la conformità all’originale dei seguenti documenti (elencare documenti):

1.
2.
3.
4.
5.

Data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA Di CERTIFICAZIONE (ART. 46 dpr 28.12.2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a il ,

residente a (Prov. )

in Via n. ,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

Data

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. *Da utilizzare per autocertificare: titolo di studio, iscrizione in albi tenuti dalla pubblica amministrazione* di *appartenenza ad ordini professionali, qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione*, *di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica, tutti gli altri stati*, *fatti e qualità personali previsti dall'art. 46 dei D.P.R. 445/2000.*

*Le dichiarazioni relative al titolo di studio devono indicare la data, la sede e la denominazione completa dell'istituto presso cui il titolo stesso è stato conseguito. Per quanto riguarda la specializzazione, deve essere indicato se la stessa è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/1991 ovvero del D. Lgs. 358/1999, nonché la durata del corso. Nel caso di titoli di studio conseguiti all’estero devono essere indicati i provvedimenti di riconoscimento dell'equipollenza ai corrispondenti titoli di studio rilasciati in Italia.*

*Le dichiarazioni relative alle iniziative di aggiornamento e formazione devono indicare: se trattasi di corso di aggiornamento, convegno, seminario, ecc.; l’oggetto/il tema dell'Iniziativa; il soggetto*1 *organizzatore; la sede e la data di svolgimento; il numero di ore o giornate di frequenza; se con o senza esame finale; eventuale numero di crediti ECM.*

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA Di CERTIFICAZIONE (ART. 47 dpr 28.12.2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a il ,

residente a (Prov. )

in Via n. ,

sotto la propria consapevole delle sanzioni penali previste dall’art 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

# DICHIARA:

Data

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*N.B* ,Le dichiarazioni relative ai servizi prestati devono indicare: l’ente presso il quale il sevizio è stato prestato a la sede; la natura giuridica del rapporto (rapporto di dipendenza a tempo indeterminato o a tempo determinato; rapporto libero-professionale; collaborazione coordinata e continuativa, ecc.); la qualifica/profilo professionale e la disciplina; la tipologia del rapporto (orario intero o orario ridotto*,* con indicazione delle ore settimanali; rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo); la data di inizio e fine de! rapporto: eventuali interruzioni del rapporto (aspettativa*,* sospensioni cautelari*,* eco.}. Per i servizi prestati presso pubbliche amministrazioni deve essere indicata la causa di risoluzione del rapporto. Nel caso di servizi prestati nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale deve essere precisato se ricorrano o meno le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 20.12.1979, n. 761, con indicazione della misura della riduzione del punteggio di anzianità.

# Informativa sul trattamento dei dati

(D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.; Regolamento europeo privacy, Reg UE n. 679/2016, di seguito GDPR) I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell’espletamento della procedura selettiva e, eventualmente, per la successiva stipulazione del contratto di lavoro.

# Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l’Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, con sede in via Sant’Anna II Tronco n.18/P– 88128 Reggio Calabria

# Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale,

nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza. Il trattamento:

nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza;

perseguire le predette finalità.

esso le competenti sedi dell’Azienda Sanitaria;

# Ambito di comunicazione e diffusione

I suoi dati:

i e non saranno oggetto di comunicazione, fatte salve le comunicazioni previste espressamente da disposizioni di legge;

# Diritti dell’interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di:

nazionale che

ne coordina l'applicazione;

la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;

o revocare il proprio consenso al trattamento dei dati;

o esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano;

o opporsi al trattamento, indicandone il motivo;

o chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento;

o presentare reclamo avverso il trattamento disposto dall’Azienda Sanitaria presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Luogo e data,